

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

769

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LAPLANCHE Georges

Né le 8 Septembre 1912 à AURILLAC (Cantal)

Abcès du Poumon et Tuberculose

Président : M. ABRAMI, Professeur de pathologie médicale

TARBES

IMPRIMERIE DES ORPHELINS-APPRENTIS

— 36, rue Eugène-Ténôt, 36 —

1937



Digitized by the Internet Archive
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

LAPLANCHE Georges

Né le 8 Septembre 1912 à AURILLAC (Cantal)

Abcès du Poumon et Tuberculose

Président : M. ABRAMI, Professeur de pathologie médicale

TARBES

IMPRIMERIE DES ORPHELINS-APPRENTIS

— 36, rue Eugène-Ténot, 36 —

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	OLONOVSKI
Bactériologie	R. DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	M. LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	P. DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE. .. Pathologie chirurgicale.
 BARIETY . .. Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA . .. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. . Pathologie médicale.
 COSTE. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU. .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-Rhino-Laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME . .. Obstétrique.
 LANTUEJOUL. . Obstétrique.
 LAROCHE . .. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE. . .. Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX. . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET. . Pathologie médicale.
 MOREAU. . .. Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE. . .. Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN. . . . Pathologie médicale.
 VIGNES. . . . Obstétrique.
 WILMOTH . .. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens.

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. . Physiologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

ALAJOUANINE .
 AUBERTIN . . .
 BRULÉ
 CHABROL . . .
 CHIRAY
 DONZELOT . . .
 DUVOIR
 LIAN
 Pasteur-Vallery-Ra-
 dot.
 SÉZARY

} Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROcq
 CADENAT . . .
 GATELLIER . . .
 HEITZ-BOYER . .
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ . . .
 VELTER

} Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
LE LORIER . . .		
LÉVY-SOLAL . .		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, *agrégé*. Education physique.
LEDoux-LEBARD. Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLÉ . Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MERE

A MON PERE

A MON BEAU-PÈRE
LE DOCTEUR DESPLANTEZ

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA TANTE, MADEMOISELLE A. LAPLANCHE

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI,

*Professeur de Pathologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris,*

qui a bien voulu nous donner
l'idée de cette thèse et nous
faire l'honneur d'en accepter
la Présidence. Nous le prions
d'accepter ce témoignage de
notre respectueuse gratitude.

A MES MAITRES,
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE.

A MES JUGES.

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE TARBES :

DOCTEUR DUBARRY,

DOCTEUR VERDOUX,
ancien interne des Hôpitaux de Paris.

DOCTEUR DUCASTAING,
ancien interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris.

DOCTEUR SALLES,
*ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux.*

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

INTRODUCTION

Affection considérée autrefois comme exceptionnelle par LAENNEC et GRISOLLE, l'abcès du poumon venait loin après la pleurésie enkystée interlobaire dans les statistiques, et R. TRIPIER mettait en valeur le peu de fréquence du premier par opposition au grand nombre de cas de cette dernière. Mais en 1918, au cours de l'épidémie de grippe, les observateurs ne purent manquer d'être frappés du nombre élevé de sujets morts de broncho-pneumonie chez lesquels l'autopsie révélait la présence de « foyers de suppuration collectée creusés dans le parenchyme pulmonaire » ; et, si, auparavant, des auteurs s'étaient attachés à l'étude de cette pneumopathie suppurative, c'est particulièrement depuis une vingtaine d'années que les travaux consacrés à la maladie, se sont multipliés.

D'étiologie le plus souvent connue, l'abcès du poumon, à flore microbienne variable, a une symptomatologie fonctionnelle assez précise avec le « maître symptôme » qu'est la vomique, mais c'est son évolution qui nous retiendra ici : l'abcès simple du poumon guérit spontanément dans 20 à 40 % des cas, l'évolution des abcès putrides et gangreneux est lente, entrecoupée de périodes de calme, plus ou moins longues, bref, si la guérison spontanée reste possible dans 20 % des cas, le passage à la chronicité avec extension des lésions nécrotiques et du processus de sclérose semble être la règle. Et, en dehors de cette évolution dans le temps, il importe d'envisager les complications possibles de la suppuration pulmonaire telles pour les citer, la pleurésie séreuse ou la pleurésie purulente, le pyo-pneumothorax apparaissant lorsque

l'abcès s'ouvre dans la plèvre, l'hémoptysie foudroyante ou les complications emboliques ; mais l'une d'entre elles fera l'objet de notre étude : la tuberculose.

L'observation est ancienne des relations entre l'abcès du poumon et la tuberculose et Hippocrate a dit le premier : « Si le malade avec abcès du poumon, après 40 jours, n'évacue pas le pus, si la fièvre ne tombe pas, si l'appétit ne revient pas, il deviendra phtisique. »

A l'histoire des rapports de la phtisie avec les lésions pulmonaires gangreneuses et putrides, se sont succédées les observations de nombreux auteurs, mais depuis vingt ans surtout, la plus grande fréquence des cas d'abcès du poumon a beaucoup enrichi la nosologie.

Grâce à la liaison devenue permanente de la clinique, de la radiologie et du laboratoire, on a pu, désormais, suivre au jour le jour d'une façon plus précise l'évolution des abcès devenus si fréquents et, les conclusions des médecins sont venues confirmer les paroles du créateur de l'observation clinique.

Les rapports entre les deux pneumopathies sont variables, et nous avons cité le père de la médecine parce que ses paroles s'appliquent tout particulièrement au sujet que nous essaierons de traiter et que précisera mieux un aperçu, une étude d'ensemble des types d'association : tuberculose — abcès du poumon.

Modes d'association

entre

les suppurations pulmonaires

et la tuberculose

Nous avons dit qu'il existait des rapports variables entre la tuberculose et l'abcès du poumon. Notre but, dans ce chapitre, n'est pas d'entrer dans le détail de tous ces rapports pour signaler le comportement particulier ou réciproque des deux maladies au cours de leur évolution, ni d'envisager chaque cas pour en tirer les conclusions paraissant les plus logiques. Brosser un tableau d'ensemble et situer l'objet de cette étude dans l'ampleur du problème, telle sera notre préoccupation.

Le type d'association qui semble le plus anciennement connu est le sphacèle des spélonques ou encore et plus exactement gangrène pariétale d'une tuberculose excavée. Ce processus de nécrose dont l'extension plus ou moins rapide influe sur l'évolution de la maladie pour la rendre plus ou moins grave n'est que peu souvent signalée, mais bien qu'éventualité plutôt rare, elle n'en reste pas moins intéres-

sante à connaître, car elle demeure ce qu'il est permis de nommer une possibilité évolutive.

Après avoir schématisé ce premier mode d'association de la bacillose et du sphacèle, il convient de retenir des observations où les accidents gangréneux et putrides évoluent pour leur propre compte au cours d'une tuberculose chronique, sans relation démontrable avec l'affection préexistante et sans exercer sur celle-ci la moindre influence. MM. **Lemierre** et Etienne **Bernard** ont étudié ces faits intéressants mais qui ne constituent pas, à proprement parler, un type d'association au sens réel de ce mot. Tuberculose et abcès du poumon ne forment donc pas nécessairement un pôle attractif l'un pour l'autre, puisque ces deux maladies peuvent évoluer individuellement chez le même sujet avec leurs symptômes propres ; il était important de le mettre en valeur.

Albot et **Adèle** ont observé cet autre groupe de pneumopathies dans lesquelles la tuberculose et la gangrène évoluaient simultanément et d'une manière subaiguë chez le même malade. **Caussade**, **Tardieu** et **Blondel** ont montré que cette évolution simultanée des deux affections, chez le même sujet, pouvait prendre une allure chronique. Cette identité d'évolution chez un sujet jusque là en bonne santé, comme l'ont signalé ces auteurs, ne laisse pas d'intéresser sinon de surprendre.

M. **Léon-Kindberg** attache toute leur importance aux faits où « la tuberculose jusque là latente, pouvait être considérée comme cliniquement guérie, mais où la suppuration pulmonaire prouve indiscutablement son réveil ». L'abcès du poumon marque ici, en quelque sorte, le début de la maladie ; plus tard seule-

ment la tuberculose viendra s'adjoindre à lui pour le plus souvent augmenter sa force destructive, la première affection semblant susciter la collaboration de la seconde afin de miner plus puissamment le terrain.

Le Professeur **Sergent** et ses élèves (MM. **Kou-rilsky** et **Couve**) ont insisté sur cet aspect particulier de la relation abcès du poumon tuberculeuse.

Dans cette dernière catégorie de faits, il est intéressant de retenir plusieurs points qui mettent bien en valeur l'importance du terrain dans la pathogénie de l'évolution tuberculeuse. Tantôt il s'agit de tuberculeux-scléreux, chez lesquels le processus suppuratif attaque la coque conjonctive de la lésion, la « désagrège et libère les bacilles de Koch qui semblent même se multiplier et apparaissent brutalement en quantité prodigieuse dans l'expectoration. C'est une véritable illustration des expériences de **Guy**, qui provoque l'enrichissement des crachats tuberculeux en bacilles de Koch et les ensemençant avec des germes anaérobies » (**Léon-Kindberg**). Tantôt, et avec plus de fréquence, « l'action locale directe, du processus suppuratif ou gangréneux est plus difficile à mettre en évidence : l'abcès peut se tarir, s'effacer, apparemment guérir et ce n'est que dans les semaines ou les mois qui suivent que commence d'évoluer à bas bruit une tuberculose plus ou moins classique » (**Léon-Kindberg**).

En définitive, l'évolution de l'abcès du poumon précède ici nettement celle de la tuberculose pulmonaire. Le terrain est variable, soit qu'il s'agisse d'un vieux tousseur à antécédents suspects, que la tuberculose soit absolument latente, ou bien encore que le sphacèle survienne chez un bacillaire

fibreux ; et l'évolution tuberculeuse ainsi provoquée, revêt diverses modalités généralement graves (d'après le Professeur **Sergent**, l'infection peut se généraliser et aboutir à l'éclosion d'une tuberculose miliaire aiguë, d'une méningite terminale).

Après avoir signalé l'apparition de gangrène pulmonaire au cours de l'évolution de la bacillose, après avoir vu l'existence du phénomène inverse et l'évolution de la tuberculose se poursuivre sur un poumon atteint de suppuration non produite par le bacille de Koch, il nous reste à dire quelques mots d'une dernière éventualité récemment mise à jour. « C'est la possibilité de passages épisodiques de bacilles tuberculeux dans l'expectoration de sujets atteints d'abcès du poumon, sans que la clinique ni même l'examen anatomique n'arrivent à montrer dans ce poumon de foyer tuberculeux actif. »

Tout en laissant de côté les premiers types d'association bacillose et gangrène pour n'étudier surtout que ces faits où la tuberculose semble être une complication générale de l'abcès du poumon, nous donnerons une observation qui mettra en relief ces « sorties de bacilles dans le pus des abcès sans lésions tuberculeuses ouvertes concomitantes », et nous n'ajouterons que quelques notes sur les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon.

ÉTUDE CLINIQUE

Chez tous les malades que nous allons étudier, la suppuration pulmonaire a constitué le premier acte de la tragédie ; les tableaux suivants ont représenté l'évolution de la tuberculose.

A l'observation d'un malade du service de M. le Professeur **Abrami**, nous avons joint d'autres observations dont nous indiquerons en son temps la provenance et que nous avons, pour la plupart, reproduites intégralement. Leur lecture préalable facilitera, nous le pensons, l'examen du problème qui viendra en fin de chapitre.

Voici le premier cas, celui qui fut suivi dans le service de M. le Professeur **Abrami**.

OBSERVATION N° 1.

M. Sz... âgé de 23 ans, coiffeur, entre dans le service le 3 décembre 1932, dans un état de sub-coma diabétique qui régresse en huit jours par le traitement insulinique.

Mais la fièvre persiste, entre 38° et 39° et l'examen de l'appareil pulmonaire, pratiqué quelques jours plus tard, révèle un foyer d'abcès à droite, dans la région moyenne du poumon. La radiographie confirme le diagnostic en montrant en plein parenchyme une image typique ovulaire, de la grosseur d'une orange.

Le malade ne tousse, ni ne crache.

L'étude des antécédents pulmonaires reste négative. à aucun moment Sz... ne semble avoir traversé d'épisode évolutif de nature bacillaire.

Trois bronchoscopies sont pratiquées à une semaine d'intervalle. C'est alors qu'apparaît la toux avec une expectoration abondante où l'examen bactériologique ne trouve pas de bacilles de Koch.

En trois mois, l'évolution de l'abcès paraît être arrêtée : la fièvre est tombée, l'expectoration est presque tarie, le malade a repris 17 kilogrammes. Il rentre chez lui et ne continue que le traitement insulinique.

Mais le 15 juin 1933, Sz... revient à l'hôpital, parce qu'il a craché du sang à plusieurs reprises, dans l'espace de quelques jours.

L'examen radiologique montre, à droite, autour de l'image enkystée, et plus particulièrement au dessous, une zone d'opacités irrégulières.

Le 17 juin, l'examen des crachats révèle pour la première fois la présence de bacilles de Koch.

On décide de pratiquer un pneumothorax, et, du 21 juin au 28 septembre, on fait quatorze insuflations.

L'état général se maintient assez bon et la température qui, dans les premières semaines montait, le soir, à 37°5, 38°, devient normale en septembre. Un autre examen de crachats pratiqué le 26 septembre, montre toujours du bacille de Koch.

Le 4 octobre, la température monte brusquement à 39°6 et reste aux environs de 39° pendant une dizaine de jours.

La clinique et la radiologie montrent un épanchement à droite.

A partir de ce moment, et alors que le diabète semble suivre une marche bien moins grave, avec même quelque amélioration, la tuberculose continuera d'évoluer et le malade mourra cachectique, le 22 mars 1935.

Nous empruntons au « Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques » du 25 octobre 1931, les observations suivantes publiées sous le titre « Abscesses putrides du poumon et réveils d'activité évolutive de la tuberculose pulmonaire », par le Docteur Pimienta (de Mexico) et qui sont la synthèse d'un travail du service médico-chirurgical du Professeur Sergent à l'hôpital de la Charité.

OBSERVATION N° 2.

M. M..., âgé de 45 ans, entre dans le service de M. le Professeur Sergent, le 6 octobre 1930, adressé par M. Soulié avec le diagnostic d'abcès du poumon droit.

On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Sa maladie a commencé en mai dernier : début brusque, frissons, fièvre à 40°, toux avec expectoration abondante et fétide, point de côté droit. Le malade entre alors à La Pitié.

La recherche du bacille de Koch est négative à diverses reprises et on fait le diagnostic d'abcès du poumon.

On le traite par l'émétine et par des injections intratrachéales d'huile goménolée. L'état s'améliore progressivement, le point de côté disparaît au bout de quinze jours, la fièvre tombe en lysis, l'expectoration diminue, perd sa fétidité et finit par disparaître complètement dans les derniers jours du mois de juillet. Le 30 août, c'est-à-

dire trois mois après le début de son affection pulmonaire, on envoie le malade à l'asile de convalescence de Saint-Maurice ; il paraît alors complètement guéri.

Son état reste aussi satisfaisant pendant 15 jours et son poids augmente de 5 kilogs ; mais le 15 septembre, il a une nouvelle poussée pulmonaire, accompagnée des mêmes symptômes locaux et généraux que précédemment : point de côté, fièvre à 40°, expectoration abondante et fétide. Il entre de nouveau à La Pitié où on lui fait le même traitement qu'antérieurement. Le 6 octobre, il est envoyé dans le service de M. le Professeur Sergent.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on note :

En avant, à droite, une zone de submatité dans la région sous-claviculaire, accompagnée de diminution des vibrations, d'obscurité respiratoire, de souffle tubaire, quelques râles humides apparaissant après la toux.

A gauche, aucun signe stéthoscopique n'est décelable cliniquement.

En arrière, à droite, matité dans la région sous-épineuse, souffle tubaire et quelques crépitations après la toux.

A gauche, pas de signes cliniques.

Dans l'aisselle droite, matité, souffle tubo-caverneux, très intense avec nombreuses crépitations.

L'examen des crachats décèle de nombreux pneumocoques, des spirilles, mais pas de bacilles de Koch, même après homogénéisation.

Examen radiologique : opacité totale de la partie moyenne du poumon droit avec nombreuses taches nodulaires dans le reste du poumon ; la trachée est déviée vers la droite ; les espaces intercostaux sont rétrécis ; le diaphragme est festonné.

A gauche, image à peu près normale, avec légère accentuation de la trame.

A l'examen des yeux, anisocorie avec mydriase droite. La tension artérielle au Vaquez est de max. 12 min. 7.

Pendant un mois et demi, on n'observe aucune modification de l'état local ou général. La température oscille légèrement aux alentours de 38° qu'elle dépasse d'ailleurs le plus souvent.

La recherche du bacille de Koch est toujours négative. On constate l'apparition d'une chaîne de ganglions axillaires.

Le 21 novembre, nouvelle poussée évolutive ; point de côté droit, dyspnée, etc... La radiographie montre que les lésions ont envahi la presque totalité du poumon droit et que la trachée est de plus en plus déviée à droite ; il y a, en même temps, du côté gauche, une image de tramite beaucoup plus accentuée autour du hile.

A l'auscultation, râles humides du côté gauche, abolition absolue des vibrations et matité de tout l'hémithorax droit.

On fait une ponction pleurale, qui est négative. La recherche du bacille de Koch est alors positive pour la première fois (6 mois après le début de la maladie). Le malade se cachectise progressivement et meurt le 26 mars 1931.

Autopsie : poumon droit, symphyse complète de toute la plèvre qui doit être décollée à la main et au bistouri. Au sommet, la symphyse est telle que le poumon doit être sculpté dans la paroi thoracique. A la coupe : poumon très dur, retractoré, pas de trace d'air, bloc dur comme du caoutchouc ; deux cavités nécrosées, irrégulières avec du pus fétide, dans lequel on a pu trouver le bacille de Koch.

Poumon gauche : libre, grosse condensation du lobe supérieur, semé de petites granulations blanches, presque microscopiques.

OBSERVATION N° 3.

M^{me} B..., âgée de 37 ans, entre dans le service de M. le Professeur Sergent le 4 décembre 1930, adressée par M. Bensaude, avec le diagnostic d'abcès du poumon gauche, ouvert dans les bronches, diagnostic confirmé par la bronchoscopie.

Le début de sa maladie date du mois de juillet 1930 : point de côté gauche extrêmement intense, accompagné de toux et d'expectoration abondante, non fétide, fièvre à 39°, mais, depuis 6 mois, la malade était très déprimée, dans un état de psychasthénie, avec anorexie, insomnie, etc.. Elle avait aussi de la toux assez fréquente, toux qui avait commencé à l'âge de 3 ans, à la suite d'une coqueluche. Sa mère est morte de pleurésie à 50 ans.

La malade entre au mois de juillet 1930, à Saint-Antoine. Un premier examen de crachat montre la présence de nombreux pneumocoques, de bacilles de Friedlander, de chaînettes de streptocoques. Pas de bacilles de Koch.

Les symptômes disparaissent au bout d'un mois ; mais comme la malade est fatiguée, elle entre de nouveau à Saint-Antoine au bout de deux mois.

Le 1^{er} octobre, nouvelle recherche de bacilles de Koch dans les crachats : négative.

Le 18, un nouvel examen bactériologique : négatif.

Le 20 octobre, sensation d'étouffement, de gêne rétro-sternale, grosse hémoptysie, suivie d'une vomique de pus fétide. La fièvre qui était restée aux environs de 39°, tombe après la vomique.

Le 25 octobre, une nouvelle recherche de bacille de Koch, après homogénéisation, est négative. L'expectoration purulente est de 150 grammes par jour environ. Une bronchoscopie aspiratrice ramène à peu près 500 grammes de pus.

La malade signale, dans ses antécédents personnels, une coqueluche à l'âge de 3 ans, un kyste de l'ovaire, opéré en 1917. Elle s'est mariée en 1921 et n'a jamais été enceinte.

Examen le jour d'entrée à la Charité (4 décembre 1930) :

Etat général très mauvais, haleine et expectoration fétides, 48 respirations par minute.

A l'examen des poumons :

En avant : à droite, aucune modification pathologique ; à gauche, percussion douloureuse dans les régions moyenne et inférieure. La percussion est très douloureuse au même endroit.

Dans la région sous-claviculaire, crépitations apparaissant après la toux. Respiration rude.

En arrière : à droite, aucune modification pathologique ; à gauche, percussion douloureuse dans la région moyenne, matité presque absolue, souffle tubaire et râles bulleux après la toux.

A l'examen radiologique, la base gauche est obscure ; la limite supérieure de l'obscurité est floue ; dans le reste du poumon gauche, accentuation de la trame et nombreux petits nodules calcifiés.

Dans le poumon droit, empâtement de la région hilare, avec traînées de petites taches floues, s'étalant en éventail le long de la scissure inférieure.

Examen des crachats, le 6 décembre : expectoration

purulente et fétide, nombreux bacilles de Koch ; donc première constatation de bacilles 4 mois après le commencement de la maladie.

La malade meurt le 25 décembre par asphyxie progressive. On a pu faire l'autopsie.

OBSERVATION N° 4.

M. G..., âgé de 23 ans, entre le 24 janvier 1931 dans le service de M. le Professeur Sergent, sur le conseil du Docteur Kourilsky, avec le diagnostic d'abcès du poumon.

En pleine santé, début brusque, le 25 décembre 1930, par de la toux, expectoration sanglante très fétide, point de côté droit et fièvre à 39°.

Au bout de 10 jours, (le malade conservant ses symptômes antérieurs), apparaît un point de côté gauche, plus intense, avec sensation d'élançement qui disparaît au bout de cinq jours. L'expectoration est toujours abondante, grisâtre et très fétide.

Les antécédents personnels et héréditaires n'ont aucune importance pathologique.

Examen : état général infecté, pâleur, sueurs profuses, fièvre à 39°.

A l'examen des poumons : respiration rapide, 35 mouvements par minute, toux fréquente, douloureuse, expectoration grisâtre, fétide, purulente.

Au côté gauche, en arrière, on constate une zone para-hilaire, sous-épineuse, avec de la matité douloureuse, un souffle tubo-caverneux et des râles humides. A droite, râles sibilants diffus.

Examen des crachats après homogénéisation : pas de

bacilles de Koch, flore abondante, bacilles Gram positif, pas de spirilles, nombreux cocci.

Numération globulaire : globules rouges : 4.000.000 ; globules blancs : 33.000. Formule leucocytaire : polynutrophiles, 90 ; grands mononucléaires, 8 ; éosinophiles, 2.

Examen radiologique : double foyer d'opacification tigrée : l'un à la partie inférieure du lobe supérieur gauche et l'autre à la partie inférieure du lobe inférieur droit.

On traite le malade avec de l'émétine et par des piqûres de sérum anti-gangréneux.

2 février : expectoration sans fétidité, moins abondante. Accidents sériques : prurit, arthralgies, exanthème urticarien. Nettoyage radiologique partiel des deux foyers. Fièvre en baisse, avec oscillations légères, 37°5 et 38°5.

20 février : Disparition complète de l'expectoration et de la fièvre. Injection intra-trachéale de lipiodol : légères dilatations cylindriques des bronches de la base du poumon gauche avec petites images d'abcès péri-bronchiques.

1^{er} mars : pas de signes généraux, pas de toux, persistance des images radiologiques. Respiration soufflante avec crépitations humides à la base du poumon gauche.

10 mars : matité à la base du poumon gauche, abolition des vibrations, silence respiratoire, souffle à l'expiration. Ponction : liquide séro-fibrineux. Pas de symptômes généraux.

Examen cytologique du liquide : globules rouges, lymphocytes, cellules endothéliales, polynucléaires, neutrophiles et nombreux éosinophiles. Examen bactériologique direct : pas de germe. Cultures sur gélose inclinée et sur gélose profonde : stériles.

Inoculation au cobaye : tuberculose généralisée.

L'état du malade s'améliore progressivement. Reprise du poids, absence complète de symptômes généraux et locaux. Disparition spontanée et progressive de l'épanchement pendant les jours suivants.

13 avril : pas de liquide dans la plèvre, pas de signes stéthoscopiques. Persistance des ombres radiologiques des deux foyers primitifs, droit et gauche, mais avec caractère moins opaque et davantage en mailles de filet. Le malade part en convalescence.

OBSERVATION N° 5.

M^{me} X..., âgée de 47 ans, infirmière à l'Assistance Publique, attachée à un dispensaire, entre dans le service de M. le Professeur Sergent, le 29 août 1930. Ses parents sont décédés de tuberculose pulmonaire. Une sœur est actuellement traitée par un pneumothorax artificiel.

A 4 ans, elle a le croup ; elle est trachéotomisée. A 17 ans, elle a une bronchite, qui, nous a-t-elle dit, a duré très longtemps et a laissé derrière elle une habitude de tousser. Au moindre froid elle s'enrhume.

Il y a 3 ans, elle a constaté dans le sein droit, l'existence d'une tuméfaction. Le médecin qu'elle consulte fait le diagnostic de cancer. Elle entre dans le service de M. le Professeur Hartmann, qui l'opère (ablation totale du sein). Elle est en bonne santé jusqu'au mois d'août dernier ; un soir, en rentrant chez elle, elle est prise d'une sensation douloureuse, vive, dans l'aisselle droite. Le point de côté a été très intense. Ce fut une sensation de déchirement.

Pendant 12 jours, elle reste au lit, avec une fièvre oscillant entre 39° et 40°, toussant et crachant beaucoup :

expectoration verdâtre, fétide, au point de provoquer des nausées.

Elle entre le 29 août dans le service de M. le Professeur Sergent, et, le lendemain, on fait une exploration radiographique ; le cliché montre une image arrondie, énorme œuf d'autruche, qui remplit le côté droit ; dans l'aire de cette opacité, de petites zones claires. En un mot, l'image hydro-aérique, enkystée et cloisonnée. Le même jour, on fait faire un cliché en position transverse qui confirme cette interprétation.

En présence de ces signes, le Docteur Kourilsky fait une ponction exploratrice dans le deuxième espace intercostal droit. Il retire un liquide roussâtre, d'odeur fétide.

Le liquide a été examiné à l'Institut Pasteur, par M. Dumas : bacilles de Friedlander.

Expectoration : bacilles de Friedlander, quelques spirilles, pas de bacilles de Koch.

Cliniquement, les signes hydro-aériques sont surtout antérieurs ; en arrière, le poumon reprend de l'expansion.

Pendant deux mois l'état reste le même.

Fièvre aux environs de 38° et 39°, expectoration fétide, pas de bacilles de Koch.

Le 15 novembre, l'expectoration devient rosée, sur le cliché radiographique, nous remarquons, sous-jacente à l'image enkystée, une zone d'opacités irrégulières, nodules calcifiées de contours flous. L'expectoration montre, pour la première fois, la présence de bacilles de Koch.

Le 1^{er} décembre, il n'y a plus de trace de liquide, cependant, le pneumothorax demeure, radiologiquement et cliniquement localisé en avant.

Diagnostic : Abscessus putride du poumon à bacilles de

Friedlander, chez une femme, porteuse d'une tuberculose pulmonaire ancienne non évolutive.

L'état général s'aggrave : la malade a de la fièvre à grandes oscillations.

Pendant trois mois, l'état reste le même. Le 5 mars, phrénicectomie droite. Aucune amélioration, légère ascension du diaphragme. 10 avril, vomique de 250 ^{cmc} environ. Cachexie progressive. Elle meurt le 12 mai. On n'a pu faire l'autopsie.

Le 31 janvier 1936, MM. **Léon-Kindberg** et **Blin-der** ont communiqué à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, une intéressante observation de tuberculose consécutive à un abcès du poumon.

OBSERVATION N° 6.

M... est âgé de 37 ans. Il n'a jamais été arrêté par aucune maladie notable. Il est très robuste et paraît jouir d'un état de santé remarquable.

A la suite d'un rhume au début de mars 1935, il continue de moucher du pus de façon anormale et souffre de névralgies faciales gauches ; le 15 mars, Baldenweck porte le diagnostic de sinusite maxillaire gauche.

Les soins locaux habituels paraissent tout d'abord efficaces, mais une rechute est bientôt évidente et il est opéré le 20 juin, sous anesthésie générale (chloroforme). Tout se passe bien ; cependant, dans des efforts de toux, au milieu de nausées assez intenses, il déglutit peut-être du pus qui coule dans le pharynx.

Suites opératoires locales : parfaites, mais il demeure angoissé, syanausé. La température est légèrement au-dessus de la normale. L'auscultation fait entendre quel-

ques petits râles. Malgré que tout cela ne paraisse comporter aucune gravité, l'un de nous, qui suit le malade dès le début et le suivra de près jusqu'au bout, demande un cliché (8 juillet). Sa lecture est alarmante : à gauche, dans un champ pulmonaire, dans l'ensemble normal, quelques petites taches éparses qui disparaîtraient par la suite ; à droite, les foyers de type bronchopneumoniques sont et plus intenses et plus nombreux, surtout denses et confluent dans la moitié inférieure de l'hémithorax. Un examen de crachats est aussitôt demandé : flore banale. Il est impossible de décélérer un bacille de Koch.

D'ailleurs, les phénomènes fonctionnels et les signes locaux, s'ils ne disparaissent pas, s'apaisent et le malade est envoyé le 17 juillet à Cauterets, où il fait une cure sous la direction de Flurin. Tout se passe à peu près bien, quand, le 10 août, il est pris de petits frissons répétés ; la température monte à 38°2, s'accompagnant d'un état de malaises et de lassitude.

Il rentre à Paris le 19 août : sa température présente de grandes oscillations, il a l'aspect infecté, on constate un foyer de matité avec souffles et râles humides à la partie moyenne du poumon droit, s'entendant surtout vers la ligne axillaire.

Surtout, il a désormais une expectoration purulente, très abondante, d'odeur fade, qui remplit chaque jour plus de deux grands crachoirs. Elle est apparue brusquement comme une vomique atypique. Le bacille de Koch est recherché avec le plus grand soin : examen direct et homogénéisation restent négatifs.

Le malade est mis à une injection de chlorhydrate d'émétine tous les deux jours (jusqu'au 12 septembre) sans qu'aucune amélioration puisse être notée.

Une deuxième radiographie est faite le 9 septembre. Comme il était prévisible, tout est transformé : à gau-

che, aucun changement, poumon sub-normal. Mais à droite, il existe, à la partie moyenne un énorme foyer à base axillaire et à sommet hilaire, très sombre, peu homogène, avec une importante zone pseudo-spéloncaire à sa partie supérieure. Il ne reste aucun doute sur la constitution d'une vaste suppuration pulmonaire : d'ailleurs, l'expectoration très abondante (deux crachoirs et plus par jour) et souvent, de type vomical persiste. De nouvelles recherches (16 septembre) du bacille de Koch demeurent encore négatives. C'est toujours la même flore banale. Il n'y a pas non plus ni cliniquement, ni bactériologiquement de surinfection putride.

Une consultation (Professeur Lemierre, Professeur Dèbre) confirment le diagnostic d'abcès. L'idée d'une intervention chirurgicale est, sinon repoussée, du moins éventuellement remise à plus tard, et l'on se met d'accord pour instituer un traitement endobronchique. (Soulas).

Quatre séances bronchoscopiques auront lieu (18 septembre, 25 septembre, 15 octobre, 25 octobre) avec les nettoyages habituels, l'aspiration, l'injection d'huile.

La première montre des bronches encombrées de pus, de croutelles et de débris ; le drainage bronchique, insuffisant, persistera comme tel, car ce traitement endobronchique, n'entraîne aucune amélioration : l'expectoration n'est même pas influencée ; en dépit des injections intra-veineuses d'alcool au tiers instituées le 10 octobre, la fièvre devient de plus en plus inquiétante, oscillant autour de 39°, coupée de frissons où le thermomètre dépasse 40°. Les signes locaux s'accroissent : une troisième radiographie, du 14 octobre, ne montre cependant que peu de changement : seulement, une extension légère vers le sommet.

Après la quatrième séance bronchoscopique, l'état général, qui, en dépit des phénomènes pulmonaires intenses, était, jusque là, demeuré à peu près satisfai-

sants, s'altère : insomnie complète, anorexie, lassitude extrême, transpirations profuses.

Le 8 novembre, une nouvelle radiographie montre un aspect tout différent. Le poumon droit est pris dans presque toute son étendue : du hile au sommet, avec des plages sombres, surtout denses à la région péri-hilaire ; c'est un aspect en miettes de pain typique ; on se trouve en présence de multiples pertes de substance. En même temps, même coup de théâtre dans la réponse du laboratoire : il existe dans les crachats, toujours très abondants et purulents, de nombreux bacilles alcool-résistants et acido-résistants. Désormais, les examens vont les déceler chaque fois : il s'agit de bacilles de Koch virulents, comme le démontrent la culture et une inoculation au cobaye. Le poumon gauche apparaît toujours intact.

C'est le lendemain, 9 novembre, que l'un de nous le voit pour la première fois en consultation avec Roux-Berger.

La situation est évidemment tout autre, et nous sommes vite d'accord pour éliminer toute intervention chirurgicale. La tuberculose secondaire, grave, et évolutive, prime, sans discussion, et un pneumothorax artificiel est décidé. Il est tenté le 11, puis le 15 novembre, sans résultat : la plèvre est adhérente sur toute son étendue. Faut-il continuer nos tentatives de collapsothérapie et faire, à chaud, une phrénisectomie ?

Nous avouons que la persistance de la suppuration très abondante nous en fait rejeter l'idée, ou tout au moins la renvoyer à plus tard, et le malade part le 31 octobre pour Amélie-les-Bains.

Les nouvelles n'ont pas tardé à être fâcheuses. Après une hémoptysie abondante, le processus, un instant assoupi, reprit une marche progressive et le malade mourut presque subitement le 22 janvier 1936.

Nous relevons, dans les « Annales d'Oto-Laryngologie » trois observations communiquées par M. A. Soulas et concernant aussi trois cas de tuberculose apparaissant au cours de l'évolution d'une suppuration pulmonaire. A ce propos, l'auteur fait d'intéressantes remarques bronchoscopiques sur lesquelles nous reviendrons par la suite.

OBSERVATION N° 7.

P. G..., 26 ans, en août 1933 fait une pneumonie du lobe inférieur gauche et ensuite un pneumothorax qui est opéré par le Docteur Gouverneur (18 septembre). Malgré cette intervention, au début d'octobre, la température est à 38°5 et 39°5 ; la suppuration est assez abondante et fétide, le malade est amaigri et fatigué.

Dans le moignon rétracté, il est probable qu'il y a un abcès. La bronchoscopothérapie est décidée par le Docteur Léon-Kindberg après avis du Professeur Léon-Bernard.

Deux séances ont lieu, mais qui ne donnent aucun changement marqué de l'état général ; la fièvre persiste aussi élevée, l'appétit ne revient pas, mais les crachats sont plus nettement purulents et muco-purulents.

Or, deux examens d'expectoration révèlent la présence de bacilles de Koch.

Le traitement bronchoscopique, qui avait eu lieu sans aucun incident et sans fatigue appréciable pour le malade est arrêté.

OBSERVATION N° 8.

S..., 59 ans, a présenté une longue histoire de staphylococcémie, quand, au début de février, 1935, l'attention est attirée vers le poumon : toux, expectoration et température inchangée oscillant entre 38° et 39°5. Le 3 mars, l'épisode pulmonaire se précise par un point de côté à droite et à l'auscultation, râles et frottements ; et surtout, par une vomique survenue le 19 mars. Dès lors, l'expectoration est fétide, jaune-brune.

Radiographie du 27 mars : image cavitaire avec ombre non homogène du lobe supérieur droit.

L'examen bactériologique de l'expectoration révèle : staphylocoques 80 %, pneumocoques, 20 %.

31 mars, première bronchoscopie avec aspiration, nettoyage et instillation de 3 ^{cm}3 de goménolé. Après cette séance, on ne note qu'une amélioration insignifiante : respiration plus profonde et expectoration plus facile avec, notamment, deux petites vomiques. Mais la température ne baisse pas. Une deuxième séance est pratiquée le 7 avril ; elle montre un bon drainage, des sécrétions muco-purulentes dont la couleur est changée et qui ne sont plus fétides. C'est pourquoi, en présence de ces renseignements endo-bronchiques, la recherche des bacilles de Koch est demandée. Cette recherche est négative, mais on trouve un bacille acido-alcool-résistant.

Des examens de crachats sont à nouveau demandés et aussi, une inoculation au cobaye.

Finalement, le 24 avril, l'examen histologique pratiqué par le Docteur Léon-Kindberg se montre positif.

OBSERVATION N° 9.

M..., 39 ans, débute par un épisode pulmonaire aigu le 9 mars. Signes et symptômes d'un abcès pulmonaire du lobe supérieur droit. Le 3 avril, toux avec expectoration fétide, putride, jaune-verdâtre, amaigrissement, inappétence considérable, fièvre entre 38°5 et 39°5, asthénie, pouls à 80. Examen de crachats avec homogénéisation, pas de bacilles de Koch (Letulle). Mais pneumocoques et quelques streptocoques (2 avril). Bronchoscopie : odeur putride, pus jaune, bien lié, gris-verdâtre, assez abondant. Pas de sang. Orifice lobaire supérieur droit bien ouvert, congestionné. Nettoyage, aspiration de 50 à 80 ^{cm}3 et instillation de 2^{cm}3 de goménolé. Mieux-être, crache bien et tousse moins.

7 avril. Bronchoscopie : suppuration encore fétide, bien drainée. Nettoyage, aspiration, instillation de 5 ^{cm}3 de goménolé.

15 avril. Amélioration très nette, appétit moyen, fièvre très baissée : 37° à 37°8 depuis 7 jours. Expectoration a grandement diminué. Bronchoscopie... idem... le malade rentre chez lui.

9 mai. Même état, mais le malade qui se croyait presque guéri, revient pour une bronchoscopie, car il crache encore 10 à 20 crachats par jour. Température à 37°5 et 38°. Bon appétit, poids 72 kilogrammes.

25 mai. Même état général et fonctionnel satisfaisant, mais non guéri. Poids 74 kilogrammes. Bronchoscopie : légère suppuration purulente et muco-purulente.

4 juin. Même état d'amélioration mais non de guérison. Bronchoscopie.

18 juin. Amélioration augmente, plus de fièvre, bon appétit, plus de fétidité. Mais expectoration persiste. Bronchoscopie.

2 juillet. Le malade se trouve mieux encore. Excellent appétit. Plus de fièvre. Expectore encore 10 petits crachats jaunâtres, non fétides, chaque jour.

Radio du 25 juin montre une zone d'ombre non homogène et peu dense, limitée.

10 juillet. De mieux en mieux. Paraît guéri s'il ne crachait 5 à 6 fois par jour. Etat satisfaisant. Plus de fièvre depuis le 15 juin. Part à la montagne.

Le 10 septembre, revient de la montagne et fait alors un nouvel épisode pulmonaire aigu, du type broncho-pneumonique avec température élevée et expectoration non fétide.

Radio est demandée et montre : aspect pommelé à gauche et cavité au sommet droit. Examen de crachats, bacilles de Koch.

A la séance du 3 avril 1936, de la « Société Médico-chirurgicale des Hôpitaux libres », MM. **M. Coffin** et **P. Truffert** ont présenté une observation d'abcès du poumon pendant la convalescence duquel apparaît une expectoration bacillifère avec modification de l'image radiologique.

OBSERVATION N° 10.

M^{lle} S..., âgée de 17 ans, est entrée dans le service de M. Coffin le 12 avril 1932 pour une affection pulmonaire qui avait débuté brusquement 6 jours auparavant, par une pointe de côté sous-mammaire droit. D'emblée, la température avait été élevée oscillant entre 39° et 40°, et l'état général altéré. Dès le début également la malade avait toussé et craché.

Le 12 avril, on se trouvait en présence d'une ma-

lade prostrée. A la base de l'hémithorax droit, on observait une matité hydrique ; l'auscultation révélait à la limite supérieure de cette matité un souffle expiratoire doux ; plus bas, on entendait un souffle rude aux deux temps ; et, sur toute la hauteur de la matité, de gros râles bulleux.

L'examen bactériologique des crachats révélait des diplocoques Gram positifs ; la recherche des bacilles de Koch.

L'asthénie était considérable et s'accompagnait de défaillances cardiaques.

Les urines étaient rares, faiblement albumineuses, mais riches en sucre (3 à 6 grammes par litre). On ne peut pratiquer une prise de sang pour évaluer le taux de la glycémie. On ne constata jamais d'acétonurie.

La température, qui était tombée à 38°4 le 15 avril, remontait rapidement pour atteindre et même dépasser 40°.

Malgré un traitement très énergique, auquel on avait cru devoir adjoindre l'insulinothérapique (20 à 35 unités par 24 heures), l'état général restait extrêmement grave.

Le 18 avril, la malade présentait une volumineuse parotidite gauche avec température à 40°5. L'examen révélait à la partie antérieure de l'hémithorax droit, à mi-hauteur, un souffle cavitaire avec gargouillement. Si bien que le diagnostic d'abcès du poumon devait être aussitôt posé. Un nouvel examen de crachats ne décélait aucun bacille de Koch, mais révélait la présence de diplocoques Gram positifs ; l'inoculation à la souris devait rester négative, mais la culture permettait d'obtenir des colonies de staphylocoques dorés.

Le 20 avril, une ponction exploratrice de la base droite restait blanche.

Le 22 avril, une radioscopie, confirmée par une ra-

diographie (Docteur Monestier), décelait une opacité diffuse du tiers inférieur de l'hémithorax droit ; opacité surmontée de deux zones-hydro-aériques ; l'une à la partie la plus externe du thorax ; l'autre sus-jacente à cette dernière, siégeant à la partie moyenne (en hauteur et en largeur), de l'hémithorax. Par ailleurs, les plages pulmonaires étaient absolument normales. Les crachats ne contenaient qu'une flore microbienne discrète ; toujours pas de bacilles de Koch.

La température, moins élevée, oscillait entre 38° et 39°. Malgré une expectoration de plus en plus abondante, atteignant 120 ^{cm}3, le 25 avril, les signes physiques ne se modifiaient pas, le tracé thermique ne baissait pas et l'état général restait grave.

Dans ces conditions, P. Truffert pratiqua le 30 avril une broncho-aspiration. Du fait de la profonde asthénie de la malade, cette intervention détermina un état de choc qui put cependant être assez facilement surmonté.

A dater du lendemain, la courbe thermique ne présentait plus d'oscillation et le maximum quotidien n'était plus que de 37°8. La température s'abaissait encore progressivement, l'expectoration se réduisait à 100, 80, 45, 20, 15, enfin, 10^{cm}3. L'état général se relevait avec une remarquable rapidité et, le 12 mai, la convalescence était assez avancée pour que la malade puisse sortir de son lit. Du 16 mai au 4 juin, le poids passait de 41 kg 300 à 43 kg 500. Le 3 juin, une radiographie montrait un nettoyage de la base droite : les deux images cavitaires, toutes deux claires, avaient subi une ascension telle que la plus interne des deux était partiellement masquée par la clavicule. Le 4 juin, la malade quittait l'hôpital, complètement rétablie.

Continuant cependant à surveiller cette ancienne malade, M. Coffin fut étonné de constater la persistance des images cavitaires. Une radiographie, le 19 juillet, permettait de voir encore les deux images cavitaires, la

supérieure de contour parfaitement circulaire, se projetant sur la partie moyenne de la clavicule ; en outre, autour de ces deux cavités, on remarquait une petite zone de densification qui n'existait pas sur les clichés antérieurs. Il demandait aussitôt un nouvel examen bactériologique des crachats ; la réponse fut : bacilles de Koch en quantité relativement modérée ; forme granuleuse, généralement disposée en amas (Docteur Lavedan).

Le 20 juillet, la malade rentrait dans le service. Son état général était excellent ; la température subfébrile, oscillait irrégulièrement entre $37^{\circ}2$ et $37^{\circ}8$.

Une première insufflation de pneumothorax artificiel, de 300cm^3 d'oxygène, le 24 juillet était bien supportée, mais le 25, l'injection de 200cm^3 d'azote déterminait une pression fortement positive ; une nouvelle tentative le 28, ne permit pas d'obtenir un décollement floral suffisant et le pneumothorax fut abandonné.

Un traitement chrysothérapique par voies intraveineuses fut institué le 30 juillet 1932 ; par doses successives de 5 à 10 centigrammes, et en plusieurs périodes de traitement, on arriva, le 3 avril 1933, à un total de $5\text{ gm }75$.

Deux hémoptysies surviennent, l'une le 4 août et l'autre le 12 octobre 1932. L'expectoration resta toujours minime, le dernier examen révélateur de bacilles de Koch fut pratiqué le 10 janvier ; des examens de crachats, renouvelés en février et en mars 1933 restent négatifs. Pendant ce second séjour, des examens répétés des urines n'avaient révélé ni glucose, ni albumine.

L'état général avait toujours été excellent. Le poids qui était en juillet 1932 de $46\text{ kg }555$ atteint $49\text{ kg }950$ en janvier 1933 et s'y maintient.

Des radioscopies successives avaient permis de constater la persistance de la géode sous-claviculaire. Une radiographie faite le 21 avril 1933, montra encore cette géode ; mais elle ne présentait plus un contour circulaire

comme sur le cliché du 19 juillet 1932 ; en outre, l'opacité péricapellaire constatée à cette époque avait disparu.

Le 22 avril 1933, la malade sortait de l'hôpital. Malgré l'expectoration bacillifère, une température normale et une augmentation de poids consolidait un état général déjà excellent, elle ne pouvait être considérée comme guérie, car l'image géodaire persistait. De fait, séjournant l'été suivant dans une région ventée, elle présenta encore pendant quelques semaines une expectoration bacillifère.

OBSERVATION N° 11.

Discutant la communication de MM. Coffin et Truffert, le Docteur Ed. Antoine ajouta une observation en racontant l'histoire d'un homme de 40 ans qui, à la suite d'un fort accès de paludisme, fut pris d'un point de côté à gauche et chez lequel survint un abcès gangreneux de la base du poumon gauche. Au cours de l'évolution de cet abcès gangreneux, apparut un jour, brusquement, dans les crachats, d'abondants bacilles de Koch. Après quelques jours d'expectoration bacillifère, les bacilles disparurent complètement et le malade guérit avec une grande rapidité. Par la suite son état redevint parfait et la radiologie ne révélait aucune lésion tuberculeuse.

Il semble que, dans ce dernier cas, la présence de bacilles tuberculeux dans la suppuration pulmonaire ne changea pas l'évolution de cette suppuration, à la constitution de laquelle elle était d'ailleurs étrangère. Ce fait nous amène à introduire dans notre texte une observation communiquée le 30 novembre 1936, à la « Société Médicale des Hôpitaux de Paris », par M. P. Ameuille, Mme Dubois-Verlière et M. Hercelles.

OBSERVATION N° 12.

Chlore... (Rosa), âgée de 41 ans, entre à Cochin le 6 août 1934 pour toux, expectoration et fièvre. Elle est malade depuis le 20 juillet, début brutal et hyperpyrétique du type pneumonique, la température reste à 40° plus de 15 jours et l'haleine commence à sentir mauvais. Comme elle a eu une pleurésie droite en septembre 1929, on pense à la tuberculose, mais on ne trouve pas de bacilles de Koch dans son expectoration franchement purulente et malodorante, mais des pneumocoques et des spirilles. On découvre une cavité assez étendue au sommet du poumon gauche.

Le 25 septembre, par examen bronchoscopique, on voit arriver du pus de la bronche gauche, mais aussi de la bronche droite ; vers cette époque, on perçoit des signes fugaces dans la région du hile droit.

Une série d'aspirations bronchiques semble amener à un résultat, la cavité apicale gauche a l'air de s'effacer, les lésions du hile droit disparaissent.

On continue à examiner méthodiquement les crachats. Une fois on y trouve quelques bacilles à l'examen direct. D'autres examens de contrôle répétés ne montrent plus rien. On pense à une méprise du laboratoire.

La cavité apicale gauche a disparu, mais une autre apparaît plus bas, la température remonte, l'expectoration augmente de nouveau. Le 14 janvier 1935, le Docteur Demirleau essaie de drainer l'abcès. Avant de l'inciser, il fait une ponction, retire un pus qu'on envoie au laboratoire, puis incise et draine.

Le pus envoyé au laboratoire contient des bactéries polymorphes et des bacilles tuberculeux en grand nombre, décelables à l'examen direct.

La malade meurt le 25 janvier ; on fait l'autopsie, on ne trouve dans ses poumons que des lésions abcédées, mais aucune lésion à caractère tuberculeux. La cavité drainée, qui contenait le pus bacillifère, ne présente dans sa paroi, aucune lésion macroscopique ou microscopique de tuberculose.

Après avoir parcouru des observations de malades chez qui la bacilllose se révélait au cours de l'évolution d'un abcès pulmonaire récent, il importe d'ajouter une remarque concernant les cas de tuberculose pulmonaire tardive après guérison d'abcès du poumon.

MM. Barbier, Roux-Mathieu et Viallier, ont communiqué à la « Société Médicale des Hôpitaux de Lyon » plusieurs faits analogues. r

Dans un de ces cas de tuberculose pulmonaire dans les suites éloignées d'un abcès du poumon, il s'agissait d'un malade qui, deux ans auparavant, avait présenté un abcès du poumon à pneumobacilles et à streptocoques. Ce malade continua à cracher sans interruption et, deux ans après, apparut une tuberculose pulmonaire à forme bronchopneumonique.

Deux autres observations avaient trait à deux anciens **amibiens** ayant eu trois ou quatre ans auparavant une histoire typique d'abcès pulmonaires bien guéris, l'un par l'émétine, l'autre par le **novarséno-benzol**. La tuberculose pulmonaire avait été éliminée lors du processus d'abcès, par de nombreux examens de bacilles négatifs et des inoculations négatives. Il y eut deux ou trois ans d'intervalle libre, puis, apparition d'une bacilllose pulmonaire ulcéro-fibreuse, dans un cas au niveau de l'ancien abcès, dans l'autre, au niveau du poumon opposé.

Nous venons de voir, dans la plupart des cas étudiés, le processus tuberculeux se dérouler autour de l'évolution d'un abcès pulmonaire récent ; chez d'autres malades, nous avons constaté que la tuberculose attendait l'arrêt de cette évolution et même la guérison de la suppuration pour se manifester.

Ici comme là, aucun signe clinique, radiologique ou bactériologique ne pouvait faire penser d'abord à une tuberculose. L'évolution fut, pendant quelques semaines, plusieurs mois et jusques à deux ans pour un malade celle d'un abcès du poumon. Rien ne devait non plus laisser envisager la possibilité de l'apparition de la bacillose pulmonaire dans les suites éloignées d'un abcès du poumon qui était très bien guéri.

Certains malades ne présentaient rien de particulier dans leurs antécédents, aucune atteinte patente de tuberculose. Pour d'autres, l'anamnèse révélait un passé des plus suspects, parfois lourdement chargé. Mais en réalité, s'il est facile de constater des antécédents bacillaires certains et, par conséquent, de les admettre, il est à peu près impossible de rejeter complètement un certain degré d'imprégnation tuberculeuse chez les malades paraissant dépourvus de la moindre tare ; et, en somme, dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons tenir compte de cette imprégnation et lui attribuer un rôle étiologique de premier plan.

Nous pouvons ajouter à ce facteur toutes les causes de déficience organique, telles le diabète (observation n° 1), l'amibiase et qui jouent un rôle moins important.

Il est par ailleurs très difficile de situer le début exact du processus tuberculeux.

Le développement des lésions tuberculeuses commence, semble-t-il, avant que les signes cliniques et radiologiques ne fassent alerter le laboratoire de bactériologie.

Pour le premier malade, la découverte des bacilles de Koch à l'examen des crachats paraissait à peu près certaine, étant donné le changement dans la symptomatologie tout d'abord constaté : la toux incessante, la température particulière, les opacités irrégulières montrées par les rayons X autour du foyer enkysté, signaient en effet, une poussée évolutive tuberculeuse. L'observation du malade de MM. **Léon-Kindberg** et **Blinder** (obs. 4) nous montrait la concordance du changement d'évolution avec la découverte des bacilles.

Grâce à la méthode bronchoscopique, l'éclosion de la redoutable complication peut être surprise dès son début apparent : pour les malades, des observations 7, 8, et 9, en quelques jours, ce qui permettait de suspecter les aspects endoscopiques était confirmé par les examens de laboratoire. Le diagnostic nous verra revenir sur les avantages de cette méthode.

En définitive, l'apparition de la tuberculose par rapport au début de la maladie première, l'abcès du poumon ne peut être exactement précisé. Les examens de crachats ont confirmé le diagnostic de cette grave complication de deux mois à 6 mois et plus après le début du processus suppuratif.

Il est à remarquer que la bacillose a compliqué plus d'abcès putrides que d'abcès simples. Chez les

six premiers malades, il y a un seul cas d'abcès simple pour cinq de suppuration fétide. La complication a-t-elle suivi une marche en rapport avec la gravité de la suppuration ? Il est assez logique de le croire bien qu'au premier abord il ne paraisse y avoir aucune différence d'évolution appréciable : les malades dont l'histoire a pu être entièrement écrite, sont morts dans des délais variables, plutôt rapidement, et le malade de MM. **Léon-Kindberg** et **Blinder** n'a pas résisté plus longtemps que les autres. Et on peut penser que la tuberculose est influencée plus ou moins directement par la gravité du sphacèle : un état général moins touché, moins affaibli par une gangrène plus localisée, à flore microbienne moins septique, résistera davantage à la propagation de l'infection tuberculeuse, alors qu'avec des moyens défensifs à peu près anéantis dans la lutte contre une gangrène rapidement extensive à pyogènes virulents, l'organisme sera vite débordé et la phtisie trouvera, peut-on dire, le champ libre.

Il n'est donc pas douteux que la tuberculose s'associe plus volontiers à une suppuration fétide qu'à un abcès simple et cette association constitue presque toujours une très grave complication ; nous n'en voulons pour témoignage, que l'histoire de ce malade qui fut emporté en deux mois.

L'évolution de la maladie est généralement rapide, nous pourrions même dire que souvent le mal sidère le sujet qu'il frappe pour le tuer en quelques semaines : quinze jours pour un malade de M. le Professeur Sergent.

La clinique et la radiologie permettent de suivre l'extension de la pneumopathie et les clichés radiographiques sont particulièrement éloquents : les

champs pulmonaires s'opacifient vite et le dernier épisode arrive parfois sans que le malade ait eu quelque répit.

Chez un sujet au passé riche d'une bonne santé, et qui n'a présenté qu'un abcès simple, nettement localisé, à évolution peu bruyante, la tuberculose venue compliquer l'abcès du poumon, pourra suivre une marche moins brutale, entrer même en sommeil, mais le cas est moins fréquent.

Tout peut donc se borner à un épanchement pleural de courte durée, mais le plus souvent, la marche de la tuberculose est progressive et mortelle. D'après M. le Professeur **Sergent**, l'infection peut aboutir à l'éclosion d'une tuberculose miliaire aiguë, d'une méningite terminale.

Que penser, dans de telles conditions, des épisodes d'expectoration bacillifère au cours d'abcès du poumon ? (obs. 12). M. le Professeur **Lemierre**, M. **Léon-Kindberg**, ont mis hors de doute ces « sorties de bacilles dans le pus des abcès sans lésions tuberculeuses ouvertes concomitantes » et la fréquence de ces faits serait de l'ordre de 60 % des cas.

D'après M. le Professeur **Sergent**, deux conditions doivent être envisagées. Dans la première, le sphacèle, en s'étendant, vient corroder la paroi d'un foyer de tuberculose ancienne entrée en sommeil, l'effondre et met en liberté des bacilles de Koch qui sont éliminés par l'expectoration d'une façon continue ou par décharges intermittentes, ou bien vont essaimer à distance et provoquer l'apparition de nouvelles localisations tuberculeuses. Dans une deuxième éventualité, la bacillose est indépendante de toute cause

locale ; elle est alors la conséquence d'un réveil provoqué par une déficience générale due à la suppuration pulmonaire prolongée.

Ainsi, dans la première éventualité, la décharge bacillaire ne se complique presque jamais d'une poussée évolutive, alors que dans la seconde, « un processus évolutif plus ou moins intense est déclenché et aggrave la situation générale. »

En définitive, l'histoire clinique peut être ainsi résumée : parfois pendant l'évolution d'un abcès simple du poumon, plus souvent à l'occasion d'une suppuration pulmonaire létide et chronique, d'autres fois dans les suites éloignées de l'abcès, la tuberculose fait son apparition ; le processus bacillaire qui se limite généralement à un épisode bacillifère, peut aussi prendre une allure plus grave jusqu'à amener en peu de temps la mort du malade.

DIAGNOSTIC

Nous ne parlerons pas du diagnostic de l'abcès du poumon, supposé établi, pour n'envisager que celui de l'éclosion de la tuberculose sur la suppuration pré-existante.

Peut-on prévoir l'éclosion de la tuberculose chez un malade qui a un abcès du poumon ?

Certes, il est difficile de préciser, au milieu du grave tableau d'une suppuration pulmonaire, le début exact de la tuberculose qui va évoluer. Cependant, la surveillance clinique continue du malade, la répétition des examens radiologiques et les examens systématiques des crachats avec homogénéisation et inoculation au cobaye, contribueront à nous renseigner d'une façon rigoureuse sur la tournure prise par l'abcès.

Au point de vue clinique, sans négliger l'étude des antécédents, c'est surtout à la surveillance attentive de l'état général que l'on devra la précocité du diagnostic.

Une amélioration des signes généraux avec abaissement de la température, respiration plus aisée, bon appétit, sera, avec la diminution de l'expectoration devenue non fétide, un facteur de pronostic plus favorable.

Si l'état général ne s'aggrave ni ne devient meilleur « si la fièvre est toujours élevée malgré l'absence

de fétidité avec une expectoration purulente parfois numulaire, il faut se méfier. » (M. A. Soulas.)

Des signes généraux demeurant au « statu quo » malgré l'absence de fétidité et un bon drainage bronchique, doivent attirer l'attention du thérapeute et le faire songer à la possibilité de l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire.

Dès le début de la maladie et bien plus quand il sera alerté par les signes précédents, le médecin demandera au laboratoire de rechercher les bacilles de Koch dans les crachats du malade, et cela d'une manière suivie, car souvent on ne trouve le bacille que quelque temps après.

Mais le rôle de « dépistage » le plus actif sera, quelquefois, accompli par la radiologie ; la modification des clichés, l'apparition d'images suspectes, tramitiques ou miliaires dans le champ pulmonaire, l'infiltration parenchymateuse, progressive, seront autant de signes révélateurs des plus précieux. C'est ainsi que la radiographie, devançant parfois la clinique, pourra donner des renseignements d'une très grande précision diagnostique.

M. A. Soulas a communiqué à la Société d'Oto-Rhino-Laryngologie de Lyon, de très intéressantes remarques bronchoscopiques à propos de cas « d'abcès pulmonaires aigus et tuberculose pulmonaire. » (obs. 5 et 6). L'auteur croit que si on en est averti, certains éléments bronchoscopiques pourront donner l'éveil ; « les aspects endo-bronchiques auraient ainsi à ce dernier point de vue une grande valeur. »

Nous avons remarqué en effet que les signes stéthacoustiques non plus que les signes radiologi-

ques, ne suffisaient toujours à étayer un diagnostic absolument certain.

La reconnaissance de la tuberculose dès son apparition serait, grâce à la bronchoscopie, rapidement, sinon immédiatement faite. Que montrent donc les tubes bronchiques ?

« Dans l'abcès récent et grave — car ce sont toujours des malades gravement atteints — le système bronchique principal est d'une manière générale hyperhémie, congestionné : les sécrétions sont le plus souvent purulentes, sanguinolentes, fluides et gris jaunâtres ; elles sont surtout putrides. Tandis que dans la tuberculose les sécrétions sont plus franchement purulentes, rarement gris sanguinolentes : elles ne sont pas fétides. Cette absence de fétidité qui est constante, non pas au début, mais après une ou deux séances bronchoscopiques, est d'une valeur capitale. Par ailleurs, les tubes bronchiques sont en général peu congestionnés, peu ou pas hyperhémisés ; la muqueuse et les orifices sont plutôt pâles et blanchâtres, ne présentant presque jamais de sténose inflammatoire. (M. A. Soulas).

Il est certain que de tels enseignements, joints à ceux donnés par une attentive exploration clinique, et une surveillance suivie de l'état général, contribuent, très efficacement, à la reconnaissance de la bacillose dès sa signature clinique.

Rien ne devra être négligé pour obtenir une certitude au plus vite et cela dans l'intérêt même du malade, qui évitera ainsi parfois une intervention bien inopportune, la connaissance du mode évolutif étant un guide précieux pour le traitement.

CONCLUSIONS

La tuberculose peut se réveiller au cours d'abcès du poumon ; pour le Professeur **Sergent** et le Docteur **Kourilsky** cette éventualité surviendrait dans environ 16 % des cas. Nous avons montré d'autre part que la bacillose pouvait n'apparaître qu'après la guérison d'abcès pulmonaires. Si nous considérons la gangrène pulmonaire comme une affection très sérieuse par elle-même et que la moindre complication aggrave d'autant plus qu'elle se greffe sur un terrain déjà très précaire, la bacillose devient très redoutable et le médecin est dès lors amené bien souvent à craindre le pire.

En effet, la simple pleurésie réactionnelle, si elle existe, n'est que l'exception, la tuberculose évoluant généralement d'une manière aiguë, rapidement mortelle.

Nous avons vu que cette dernière, comme les complications graves, sont surtout le fait des abcès putrides et des abcès chroniques. Il est certain que, par leur malignité plus grande, ceux-ci anéantissent plus rapidement la résistance de l'organisme, et de la sorte favorisent davantage l'apparition du processus tuberculeux qui devient ainsi, avec la fréquence relative que l'on sait, une complication assombrissant beaucoup le pronostic.

L'apparition de bacilles de Koch sur un terrain miné par une suppuration chronique est un argument très fort pour le chirurgien qui, par une pneumotomie avec drainage, une lobectomie totale (Lilienthal), ou une exérèse progressive des parties malades (Graham), empêchera le sphacèle de se prolonger et par suite la grave complication d'apparaître. Certes, le traitement chirurgical séduit par sa technique récente et la rapidité de ses effets. D'après M. **Léon-Kindberg**, « dès que la guérison spontanée n'apparaît plus possible, il faut déjà poser les indications opératoires. »

La bronchoscopie avec aspiration (Chevallier-Jackson), ou drainage bronchoscopique, a été préconisée en France par MM. **Lemierre**, **Léon-Kindberg** et **Soulas**. En plus de son intérêt diagnostique, cette méthode, qui permet un dépistage très précoce de la tuberculose par les éléments endobronchiques qu'elle apporte, a aussi une grande utilité thérapeutique : aspiration des sécrétions purulentes, irrigation des foyers, instillations diverses, etc..., aident beaucoup à la guérison de l'abcès.

Il est donc bien nécessaire d'entourer le malade porteur d'un foyer de suppuration pulmonaire d'une surveillance rigoureuse au triple point de vue clinique, radiologique et bactériologique. Sans pour cela rechercher systématiquement la tuberculose chez un abcédé, le médecin ne doit négliger aucun moyen d'investigation pour dépister au plus tôt la réactivation possible d'un foyer tuberculeux plus ou moins latent. L'attention sera mise en éveil par toute modification de l'image radiologique et cela, sans attendre la constitution, parfois trop tardive, du tableau clinique ; les examens systématiques de crachats et, si le malade suit un traitement bronchoscopique, les

données endoscopiques fournies par le spécialiste seront d'un précieux secours. La thérapeutique agissant d'autant mieux qu'elle est instituée plus tôt, on pourra combattre d'autant plus efficacement la complication qu'elle sera diagnostiquée plus près de son éclosion.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et approuvé,
P. ABRAMI.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

Pour le Recteur,
L'INSPECTEUR DE L'ACADÉMIE,
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- A. AXEBROD. — *Differential diagnosis of pulmonary abscess bronchiectasis and pulmonary tuberculosis.* (M. Rec. et Ann. 24 : 483. Fév. 1930).
- BARBIER, ROUX-MATHIEU. — *Deux cas de bacillose pulmonaire tardive après guérison d'abcès du poumon.* (Jour. de Méd. de Lyon, séance du 10 déc. 1935, 391-303, 20 avril 1936).
- BARBIER-VIALIER. — *Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire dans les suites éloignées d'un abcès du poumon.* (Société Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 11 fév. 1936, in : Journ. de Méd. de Lyon, 391-308, 20 avril 1936).
- N. BETHUNE. — *Haggot and allantoin therapy in tuberculous and non tuberculous suppurative lesions of lung and pleura ; report of 8 cases.* (J. Thoracic Surg. 5 : 322-325, fév. 1926).
- BUSCH. — *Beitrag zur Differentialdiagnose des Frühinfiltrates und zur Frage der Begandlung sitriger Lungengerde mit künstlichem pneumothorax.* (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 77 : 471-475 1931).
- M. COFFIN, P. TRUFFERT. — *Abcès et tuberculose pulmonaires.* (Archives Hospitalières N° 5, 1936).
- CULTY, SOUSTY. — *A propos d'un cas d'abcès du poumon chez un ancien tuberculeux.* (Sté de Méd. Mil. Franç.)

- COUVE. — *Les évolutions tuberculeuses au cours des supurations pulmonaires*. Thèse Paris 1935).
- F. DE ELIZALDE, F. E. WHITE. — *Tuberculosis y abscessos del pulmonen el lactante*. Arch. Argent. de pediat. 738-752, Oct. 1933).
- E. E. GLENN. — *Lung abscesse ; its differentiation from pulmonary tuberculosis*. (J. Missouri M. A. 26 : 324-327, July 1929).
- R. A. IZZO, J. B. FERRADAS. — *Abcesso y tuberculosis de pulmon*. (Semana med. 2 : 1354-1358, 7 nov. 1935).
- André JACQUELIN, André BAUDOUIN. — *Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon*. (Bull. Méd. 28 déc. 1935).
- Michel LEON-KINDBERG. — *Abcès du poumon et tuberculose*. (La Pratique Méd. Française, N° 6, avril 1934).
- LEON-KINDBERG, H. BLINDER. . . *Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire*. (Bull. Mém. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, N° 4, 10 février 1936)
- F. P. M. NAMARA. — *Differential diagnosis of pulmonary tuberculosis, lung abscess and bronchiectasis*. (J. Iowa M. Soc. 20 : 421-425, sept. 1930).
- MEYER, W. — *Bronchiectatic pulmonary abscess simulating apical tuberculosis*. (Arch. of Surg. (Chicago). 1924, VIII, P. 407-417).
- F. MURRAY. — *Lung abscess and tuberculosis*. (Am. Rev. Tuberc. 33 : 236-246, fév. 1936).
- PIMIENTA. — *Abcès putrides du poumon et réveils d'activité évolutive de la tuberculose pulmonaire*. (J. de Méd. et chirur. prat. 102 : 733-744, 25 oct. 1931).
- G. A. RICE. — *Bronchoscopy and differential diagnosis of*

- tuberculosis, lung abscess and bronchiectasis* (new England J. Méd. 213 : 1173-1174, 12 déc. 1935).
- A. ROCCA ESTEVES, A. ARTAGAVEYTIA. — *Absceso y tuberculosis pulmonar asociados*. (Rév. d. tuberc. de Uruguay 3 : 183-188 Aug. 1933).
- R. SANCHEZ-ACOSTA. — *Absceso pulmonar asicado a una lesion tuberculoso*. (Rev. Gén. de clin. et de Thérap. 46 : 353-355, 28 mai 1932).
- E. SERGENT, I. GASPARD, T. F. TSUI. — *Suppuration putride du poumon et réveil de tuberculose pulmonaire*. (Arch. Méd. Chirur. de l'app. respiratoire, 8 : 30-35, 1933).
- A. SOULAS. — *Remarques bronchoscopiques sur l'éclosion de la tuberculose pulmonaire ; au cours de l'évolution des abcès du poumon*. (Soc. d. Méd. de Sana et Dispens. d'Hyg. Sociale, 1 : 4-10, janvier 1936).
- M.-A. SOULAS. — *Abcès pulmonaire aigu et tuberculose pulmonaire ; remarques bronchoscopiques à propos de 4 cas*. (Sté d'Oto-Laryng. de Lyon. s. du 9 déc. 1935, in : C. R. des Ann. d'Oto-Laryng N° 4, avril 1936).
- TETE, CULTY. — *Forme pseudo-tuberculeuse d'un abcès du poumon à son début*. (Sté de Méd. Milit. Franç. séance du 14 mai 1936, n° 5, mai 1936).
- G. VAJA. — *Two cases of false pulmonary tuberculosis, pulmonary abscess and atypical pneumonia simulating tuberculosis*. (Rev. san. mil. Bucuresti 34 : 240-248, april 1935).
- F. W. WITTICH. — *Case reports ; air empolism following attempted pneumothorax ; pulmonary abscess or advanced pulmonary tuberculosis, primary lung cancer*. (Journ. Lancer 50 : 508-599, 15 oct. 1930).

P. ZOELCH. — *Gleichzeitiges Vorkommen von Lungenabszess und tuberkulöser infiltrierung.* (Ztschr. I. Tuberk. 74 : 170-176, 1935).

P. AMEUILLE, M^{me} DUBOIS-VERLIÈRE, M. HERCELLES. — *Épisode d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon.* (Bull. et mem. de la Sté Méd. des Hôp. de Paris. 3^e série N° 32 30 LL 36, séance du 20-11-36).

CROISIER. — *Abcès du poumon et tuberculose* (Sté des sciences médicales de la Loire. S. du 17-6-36. in : (La Loire Médicale, N° 11, novembre 1936).

LE PAGE. — *Suppuration pulmonaire et tuberculose.* (Sté des Médecins de Sanatoriums et des Dispensaires d'Hygiène Sociale N° 3, juillet 1936).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
Modes d'association entre les suppurations pulmo- naires et la tuberculose	13
Etude clinique	17
Diagnostic	47
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	55
